

# M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XIX, numero 7 - 20 maggio 2012

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

## IN QUESTO NUMERO

### RIFLETTORI

6

**La protesta dei medici  
di medicina generale  
in formazione**

### PROFESSIONE

8

**Certificati di malattia:  
un'altra sentenza della  
Cassazione che fa discutere**

### RICERCHE

24

**Indagine conoscitiva  
sui disturbi della menopausa**

## Amedeo Bianco

*Presidente Federazione Nazionale Ordine  
dei Medici e degli Odontoiatri (FNOMCeO)*

### Cambiamenti e prospettive future



## ATTUALITÀ

- **Editoriale**  
Facciamoci contagiare dalla voglia di cambiamento dei giovani Mmg in formazione ..... 3
- **Intervista**  
Riportare i medici e i professionisti della sanità al centro del sistema ..... 4
- **Riflettori**  
La protesta dei Mmg in formazione ..... 6
- **Osservatorio**  
È ok l'invio on line dei certificati di malattia ..... 7
- **Professione**  
Certificato di proroga della prognosi: un'altra sentenza che fa discutere ..... 8
- **Indagini**  
Donne e compliance terapeutica ..... 10

## AGGIORNAMENTI

- **Dermatologia**  
Sinergia di molecole contro la psoriasi lieve-moderata ..... 14
- **Ipertensione**  
La prima triplice associazione per la terapia antipertensiva ..... 15
- **Nefrologia**  
Diabete e insufficienza renale: come è cambiato il trattamento ..... 16
- **Neurologia**  
Anticorpo monoclonale contro la sclerosi multipla ..... 17
- **Oculistica**  
Un farmaco per combattere il deficit visivo nelle maculopatie ..... 18
- **Osteoporosi**  
Seconda edizione della campagna "Stop alle fratture" ..... 19

## CLINICA E TERAPIA

- **Ricerche**  
Indagine conoscitiva sui disturbi della menopausa ..... 24
- **Diario Ambulatoriale**  
Psiche, pelle, psoriasi e... neoplasia ..... 26
- **Diagnostica**  
Colonscopia virtuale: lo stato dell'arte ..... 28
- **Rassegna**  
HIV, un virus che continua a sfidare la medicina ..... 31
- **Monitor** ..... 32

### M.D. Medicinae Doctor

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994  
ROC n.4120

### Direttore Responsabile

Dario Passoni

### Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo Bisconcin, Claudio Borghi, Nicola Dilillo,  
Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin,  
Carla Marzo, Giacomo Tritto

**Redazione:** Patrizia Lattuada, Anna Sgritto

### Grafica e impaginazione

Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

**Produzione:** Giancarlo Oggionni

**Pubblicità:** Teresa Premoli, Sara Simone

### Passoni Editore s.r.l.

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano  
Tel. 02.2022941 (r.a.) - Fax 02.202294333  
E-mail: medicinae.doctor@passonieditore.it  
www.passonieditore.it

**Amministratore unico:** Dario Passoni

### Abbonamento

Costo di una copia: 0,25 €  
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72  
n° 633 e del DPR 28/12/72, il pagamento dell'IVA  
è compreso nel prezzo di vendita.

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

**A.N.E.S.**

ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



**CSST**

CERTIFICAZIONE  
EDITORIA  
SPECIALIZZATA E TECNICA



Member of IFSE  
A member of the Federation of Health Journals of Circulation

Testata volontariamente  
sottoposta a certificazione  
di tiratura e diffusione  
in conformità al Regolamento  
CSST Certificazione Editoria

Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2011 - 31/12/2011

Periodicità: 15 numeri all'anno

Tiratura media: 33.349 copie

Diffusione media: 33.269 copie

Certificato CSST n. 2011-2249 del 27 febbraio 2012

Società di Revisione: Fausto Vittucci & C. s.a.s.

I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile dati, Via Boscovich n. 61 - 20124 Milano

# Facciamoci contagiare dalla voglia di cambiamento dei giovani Mmg in formazione

**S** cendete in campo è stata l'esortazione fatta ai giovani dal Presidente della Repubblica durante la commemorazione della strage di Capaci. Un invito dettato probabilmente dalla consapevolezza che il cambiamento necessario per questo Paese non può che nascere dall'entusiasmo delle giovani generazioni che hanno tutto l'interesse a rompere situazioni cristallizzate che li hanno confinati ai margini di una società sempre più "anziana".

I giovani Mmg in formazione hanno anticipato questa esortazione e, mossi da "un'ingiustizia" sulla tassazione iniqua delle borse studio, hanno portato alla ribalta tutte le criticità di un percorso formativo che in definitiva sono strettamente legate al posizionamento della medicina generale nel nostro Paese. Questa Disciplina vive in uno stato "dicotomico", da un lato il grande fermento sul piano teorico che in questi anni ha caratterizzato e caratterizza il confronto tra le Società scientifiche che la rappresentano, tra una larga fetta dei professionisti che la esercitano e dall'altro il "percepito" a livello sociale che connota anche buona parte del mondo sanitario e accademico non affatto scalfito da questo "fermento". Non è quindi un caso se tutto il recente dibattito sul cambiamento della medicina di famiglia sia incentrato più sugli aspetti organizzativi che sull'impianto teorico di conoscenze e competenze. La medicina generale in realtà si scontra con una serie di ritardi che vanno dal non riconoscimento accademico di "Disciplina" e da una realtà professionale sempre più imbrigliata da carichi burocratici e da vincoli di bilanci sanitari. Una realtà "demotivante" che a poco a poco ha visto crescere la schiera dei rassegnati sembra più convinti che nulla più possa cambiare. Proprio per questo motivo è il caso di farsi contagiare da questo entusiasmo e voglia di cambiamento che la protesta dei giovani medici ha innescato mettendosi al loro fianco in una posizione di ascolto e di condivisione.

# Riportare i medici e i professionisti della sanità al centro del sistema



Formazione, riforma dell'Ordine e delle organizzazioni sanitarie, sono temi centrali e prioritari per poter dare risposte appropriate alle profonde trasformazioni avvenute in medicina e nel campo dell'assistenza socio-sanitaria e poter riportare i medici al centro del sistema. Su questo si concentrerà in particolare l'impegno della FNOMCeO per dare continuità ad un programma che ha ottenuto un largo consenso e ha visto riconfermare Amedeo Bianco alla guida dell'Ordine

► **Anna Sgritto**

**U**n consenso ampio ha accompagnato la rielezione di **Amedeo Bianco** alla guida della FNOMCeO, un beneplacito alla persona, a quanto realizzato, al programma proposto per il futuro. Durante l'intervista rilasciata a *M.D.* il presidente rilancia i tre punti cardine del programma: qualità professionale che ingloba formazione di base, specialistica e *long life*, legge di riforma degli Ordini sanitari, centralità del ruolo dei professionisti all'interno delle istituzioni sanitarie. Tiene inoltre a evidenziare il limite di un governo dei processi clinico-assistenziali attento solo all'ottimizzazione dei costi diretti e indiretti dei fattori di produzione che marginalizza sempre più ruolo e funzione dei medici.

## ► La qualità professionale...

"La qualità professionale è un concetto vasto che abbraccia la formazio-

ne tutta, di base, specialistica e *long life*, facile a dirsi ma difficile a farsi, dobbiamo quindi continuare a tessere quella rete con l'Università per la formazione perché c'è l'esigenza di una profonda rivisitazione del modello formativo attuale per renderlo più inerente alle profonde trasformazioni avvenute sia nel campo della medicina sia nei bisogni di cura e assistenza. Ciò vale anche per la formazione specialistica - per sua natura finalizzata a consegnare un professionista pronto e compiuto sotto il profilo delle sue competenze - con un significativo allargamento al grande patrimonio formativo del Ssn. *Long Life Education* è altro tema delicato, c'è bisogno di costruire una cultura della valutazione a cui non siamo abituati e qui un grande ruolo hanno le società medico scientifiche che dovranno sempre più e sempre meglio affinare e aggiornare quel profilo di conoscenze e competenze che oggi viene richiesto

ai professionisti. Altra rilevante questione è riuscire a portare a termine il cammino oggi fermo a metà strada della legge di Riforma degli Ordini. È evidente che abbiamo bisogno di un nuovo ordinamento per essere Ordini capaci di rispondere alle nuove esigenze della professione. Il terzo grande tema è quello dei professionisti all'interno delle istituzioni sanitarie. Spesso ci soffermiamo a ragionare sul disagio dei professionisti, un disagio complesso e articolato nelle sue cause, manifestazioni e percezioni. Sicuramente un aspetto di questo grande disagio è connesso al ruolo anomalo che i professionisti ricoprono all'interno delle organizzazioni sanitarie, un ruolo sempre più marginalizzato anche in ragione di una fortissima deriva economicista delle aziende sanitarie".

"Siamo consapevoli del delicato periodo storico che stiamo vivendo, in cui i medici sono chiamati ad affron-

tare anni di enorme complessità, ma la professione non può abdicare alla necessità di dover coniugare equità e sostenibilità. Non dimentichiamo che il cuore etico e civile del nostro Ssn è rappresentato da concetti quali: universalità, equità, solidarietà, valori che in questi decenni difficili hanno avuto anche una grandissima valenza e funzione sociale, a dir meglio, di coesione sociale. Il tema della sostenibilità non può essere ridisegnato solo alla luce di paradigmi economici finanziari che pur contano ed hanno la loro rilevanza. Al fine di mantenere questo *core* etico e civile va fatto uno sforzo da più parti, da più culture, da più soggetti per rendere compatibili lo sviluppo della medicina, della sanità e l'esercizio professionale dei medici. Da qui è nata la proposta di un *Manifesto della Medicina, del Medico per la Sanità*". (M.D. 2012; 3:11)

### ► I medici protagonisti di un nuovo modello di sanità e quindi anche di organizzazione?

"C'è sicuramente bisogno che le organizzazioni sanitarie, aziende sanitarie *in primis*, facciano un salto di qualità rompendo quella spirale che le vede sempre più votate al mero controllo dei fattori di produzione. Al di là degli sprechi organizzativi e gestionali, che attengono a procedure e situazioni cristallizzate, il grande tema è l'appropriatezza. La spesa cresce in ragione dell'aumento del costo delle tecnologie, dei farmaci, per esempio i farmaci biologici, che hanno però finestre terapeutiche più strette (limitate) e anche in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione e quindi delle cronicità che aumentano la platea dei destinatari. Ciò rende indispensabile dare profili di appropriatezza al rapporto risorse-servizi, un obiettivo che non

può essere centrato senza declinare l'appropriatezza clinica. Il salto di qualità quindi può essere rappresentato soltanto da un'azienda di servizi che veda al proprio interno un ruolo forte, determinante, responsabile e autonomo dei professionisti. Qui c'è una prospettiva di uscita dalla situazione in cui siamo piombati, perché non possiamo largheggiare in un finanziamento di risorse che non ci sono e che non ci saranno nei prossimi anni, vista la congiuntura economica. Bisogna cambiare le regole e quindi cambiare le aziende e il modello organizzativo gestionale. Non auspico per nulla ad un ritorno di un potere medico anacronistico, ma ad una sana collaborazione e cooperazione che può aiutarci, in questi momenti difficili, a render compatibili le risorse con gli obiettivi di salute. Non è quindi un caso che l'Ordine si sia battuto per inserire nel Ddl sul Governo Clinico l'art. 1 bis secondo il quale: *i medici e gli altri professionisti sanitari operano in autonomia e responsabilità e che le esperienze di controllo e gestione si applicano nel rispetto di tale autonomia*. Tali principi non costituiscono i pilastri di una corporazione ma di una garanzia, perché il cittadino quando va da un medico, rivolgendosi a una struttura, deve sapere che le decisioni prese da quel medico sono decisioni dettate da scienza e coscienza, non da altre ragioni".

### ► Tranne la norma a cui fa riferimento, il Ddl sul Governo Clinico, mostra molte lacune, tra cui una completa assenza della governance delle cure primarie...

"È vero, c'è una certa asimmetria fra titolo del dispositivo e contenuto. Nell'attuale testo troviamo

una parziale rivisitazione di alcuni meccanismi operativi dell'azienda sanitaria, ma non c'è un disegno organico del Governo Clinico che già di per sé è una traduzione infelice della *Clinical Governance*. Inoltre mi preme sottolineare che questo dispositivo, approvato in Commissione Affari Sociali della Camera, ha registrato fino ad ora un significativo conflitto istituzionale fra le competenze legislative del Parlamento e l'autonomia delle Regioni. Queste contestano l'invadenza normativa della legislazione nazionale su materie che ritengono di esclusiva competenza regionale, soprattutto in riferimento a quelle norme tese a rendere trasparenti i rapporti tra politica, gestione e professionisti. Ma al di là delle competenze, le Regioni, strette da vincoli economici fanno resistenza a modificare la catena di comando delle decisioni, comprese quelle che entrano nel core delle pratiche professionali e della selezione del merito e delle competenze. Questo certamente non aiuta a mettere in moto quel processo di cambiamento che ho fin qui delineato. Il fatto che nel Ddl non ci sia in pratica nulla che riguardi la governance delle cure sul territorio, secondo me, è dovuto in parte al fatto che c'è una partita aperta su di un altro fronte. Mi riferisco alla revisione dell'articolo 8 del Dlgs 502/92".

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

# La protesta dei Mmg in formazione

Un percorso formativo inadeguato e una tassazione iniqua delle borse di studio sono i temi al centro delle mobilitazioni indette dai giovani medici di medicina generale in formazione

**U**n programma denominato "100 giorni di lotta" caratterizza la protesta dei medici in formazione specifica in medicina generale della Fimmg e una mobilitazione nazionale, che ha riscosso un significativo successo - annunciata con una missiva indirizzata al Presidente della Repubblica, del Senato, della Camera dei Deputati, al Ministro ed al Sottosegretario della Salute - connota invece l'azione della Società italiana medicina generale in formazione (Simgif), del Segretariato italiano giovani medici (Sigm) e dei Comitati autonomi regionali che ha avuto il sostegno del Sindacato dei Medici Italiani (Smi). Smi, oltre a dare il pieno sostegno all'iniziativa, ha scritto una lettera a tutti gli OMCeO per chiedere una piena e fattiva adesione alla manifestazione. Nella missiva si sottolinea che la situazione discriminatoria in cui versano i colleghi che frequentano il corso triennale di formazione specifica in medicina generale non è più accettabile.

Al di là delle diverse sigle, i giovani Mmg in formazione con le loro proteste, che stanno già raccogliendo i primi frutti, hanno mobilitato l'attenzione di istituzioni e governo su problematiche da tempo evidenziate e mai affrontate concretamente su di un percorso formativo che presenta innumerevoli criticità.

## ► Il sit in a piazza Montecitorio

La recente manifestazione romana, indetta da Simgif, Sigm e appoggiata dallo Smi, ha registrato la disponibilità trasversale dei parlamentari ad aprire un tavolo di confronto. Il Sottosegretario alla Salute **Elio Cardinale**, ha incontrato una delegazione dei giovani medici e ha mostrato particolare attenzione a quanto richiesto:

1. Immediata detassazione della borsa di studio, al pari di quanto avviene per i medici specializzandi ed i dottorandi, e la revisione delle attuali incompatibilità con la frequenza del corso di medicina generale.
2. Valorizzazione del ruolo del corsista di medicina generale attraverso l'adozione di un contratto di formazione specifica di medicina generale, a fronte di un impegno dello stesso in attività professionalizzanti nelle strutture assistenziali del territorio.
3. Uniforme adozione, all'interno di tutte le Regioni, di un sistema formativo professionalizzante performante, unitamente alla definizione di un core curriculum. Ed ancora, l'introduzione di standard e requisiti di qualità e l'adozione di relative modalità di monitoraggio, oltre che di verifica periodica della qualità della formazione.

## ► L'occupazione simbolica delle sedi ordinistiche

Volantinaggio, occupazioni simboliche delle sedi ordinistiche contraddistinguono le iniziative dei "100 giorni di lotta". Il via è stato dato con l'occupazione simbolica della sede dell'Ordine di Roma. Gli obiettivi della "lotta" sono finalizzati ad ottenere equità nel trattamento economico e fiscale della borsa di studio; tutela della maternità e della malattia; riqualificazione del corso di Formazione specifica, partendo da quanto già definito dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Specifica in Medicina Generale; definizione chiara delle attività professionali compatibili.

Queste rimostranze hanno ottenuto il pieno appoggio da parte della FNOMCeO. Il presidente **Amedeo Bianco** si è impegnato direttamente per dare il via a una grande riforma del corso di formazione in medicina generale in cui "il fare in prima persona - ha sottolineato - diventi il principale strumento professionalizzante". Proprio per centrare questo obiettivo è necessario un nuovo contratto di formazione-lavoro che preveda integrazione con le cure primarie, maggiori tutele contrattuali, un trattamento economico decisamente rivalutato e un programma che risponda alle sfide assistenziali del futuro.

# È ok l'invio on line dei certificati di malattia

Il resoconto sulle fasi di attuazione del piano e-Gov 2012 mostra un sistema a regime e i dati forniti dall'Inps indicano che la meta è vicina: passa per il web il 98.6% delle certificazioni

**S**ecundo i dati forniti dall'Inps, dall'avvio del nuovo sistema on line, il flusso totale dei certificati di malattia si è progressivamente e rapidamente intensificato. Una realtà confermata anche dal piano e-Gov 2012 che, nel resoconto delle fasi di attuazione della digitalizzazione del ciclo prescrittivo, mostra un sistema on line di invio dei certificati di malattia a regime. L'ultima denuncia ufficiale di malfunzionamento generale del sistema di accoglienza centrale (Sac) risale infatti a marzo 2011. Da aprile 2010, quando il sistema è stato inaugurato, ad oggi passa per il web il 98.6% delle certificazioni dei lavora-

tori pubblici e privati. La media settimanale viaggia su 340mila invii con picchi di 800mila nei mesi di maggior incidenza delle patologie stagionali (febbraio, marzo). Capoliste negli invii, da gennaio ad aprile di quest'anno, sono Lombardia e Lazio che su un totale di 8.62 milioni di certificati in quattro mesi ne hanno raccolti rispettivamente 1.6 e 1.06 milioni. A seguire, ma con un numero di invii significativamente inferiore, ci sono Emilia Romagna (740.434), Veneto (731.661) e Sicilia (700.539). I medici di famiglia, con 48mila accreditati al sistema, sembrano finora avere l'esclusiva della certificazione di malattia digitale.

Per quanto concerne i Pronto soccorso ospedalieri, circa un 60% sono attrezzati con sistemi che ricavano il certificato digitale dal verbale di dimissione. Le procedure per agganciare al sistema le strutture ospedaliere, in modo da consentire la certificazione all'atto di ricovero e dimissione, restano ancora incomplete. Al riguardo il ministero della Salute ha già inviato al ministero dell'Economia l'aggiornamento del decreto del 26 febbraio 2010 che conterrà l'ampliamento delle modalità già sperimentate anche all'accettazione degli ospedali e la procedura che prevede l'utilizzo di internet, scavalcando così l'eventuale carenza di infrastrutture.

# Certificato di proroga della prognosi: un'altra sentenza che fa discutere

*Il Mmg che rilascia un certificato di proroga della prognosi dopo aver sentito il paziente al telefono risponde del reato di falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in certificazioni o in autorizzazioni amministrative (art. 480 CP). È quanto sostiene la Corte di Cassazione con la sentenza 18687 del 15 maggio 2012. Questa sentenza ha riportato nuovamente alla ribalta il dibattito professionale sul tema della obbligatorietà della visita medica per poter redigere il certificato di malattia innesatosi poco più di due mesi fa con la sentenza n. 3705/12, della III Sezione Civile della Cassazione (M.D. 2012; 4:14). Proponiamo sull'argomento un articolo di Mauro Marin.*

**Mauro Marin**  
Direttore Distretto Sanitario di Pordenone

La redazione di un certificato di malattia riportante le sole dichiarazioni dell'assistito a giustificazione dell'assenza dal lavoro, senza il presupposto essenziale di una visita medica accertante la diagnosi posta, non certifica nulla e rappresenta una chiara violazione all'art. 24 del Codice Deontologico che obbliga il medico a una diligente compilazione del certificato attestante di per sé dati clinici constatati e documentati, secondo la Cassazione sezione civile terza con sentenza n. 3705 del 9 marzo 2012.

Dunque non è lecito dare parvenza di certificato di malattia alla semplice attestazione delle dichiarazioni dell'assistito, riferite al suo stato di indisposizione nei giorni precedenti in cui il medico non lo aveva visitato e quindi non aveva constatato direttamente uno stato di malattia. Si tratta di una certificazione medica a posteriori fondata solo sulle dichiarazioni dell'assistito, senza il presupposto di una qualsiasi attività medica di accertamento richiesta invece dall'art. 24 del Codice Deontologico. Questi certificati, proprio perché provengono da un medico e su un modulo di certificato di malattia, si prestano a ingenerare il dubbio che l'assenza sia giustificata da una malattia realmente accertata, fatto non corrispondente al vero configurante l'ipotesi di falso ideologico. Tra questi certificati vietati rientrano, per esempio, anche i certificati di riammissione a scuola di studenti che il medico non ha visitato durante la loro assenza per indispo-

sizione temporanea, solo riferita, ma non accertata. Peraltro il medico non è più tenuto a rilasciare per studenti minori i certificati di riammissione a scuola per assenze fino a sei giorni (art. 42 del Dpr n. 1518 del 1967; art. 2 della legge regionale n. 21/2005 del FVG), giustificabili invece con una richiesta della scuola ai genitori di un'autocertificazione. Riguardo ai regolamenti di istituto scolastico ancora richiedenti certificati medici per queste assenze, si rileva che l'art. 4 del Codice Civile afferma: "i regolamenti non possono contenere norme contrarie a disposizioni di legge e pertanto devono essere modificati. Fa eccezione il caso di malattie infettive e diffuse pericolose per la salute pubblica per le quali il medico è tenuto anche alla notifica della malattia all'Asl ai sensi del D.M. Sanità del 15.12.1990".

## ► Eccezioni e falso ideologico

La legge riconosce solo in casi specifici la validità di certificati anamnestici, cioè che si fondano sulle informazioni direttamente acquisite e valutate dal medico senza effettuare la visita fisica del paziente, quali per esempio i certificati anamnestici per l'idoneità al porto d'armi (DM 28.4.1998 in *GU* n. 143 del 22.6.1998). Questi sono riconosciuti validi sebbene fondati sull'anamnesi, cioè senza il presupposto della visita fisica, ma comunque richiedono un'attività del medico ricognitiva della storia del paziente e dei suoi



precedenti di malattia direttamente constatati o derivanti da altra documentazione sanitaria visionata.

La certificazione medica per sua natura è soggetta a verifica in quanto può creare diritti in capo al richiedente. Il medico dimostra la sua buona fede nel certificato di malattia quando formula una diagnosi sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo o di eventuali lettere di dimissione ospedaliera od esiti di consulti specialistici e riporta una prognosi congrua alla diagnosi e la effettiva data di redazione (la retrodatazione è reato). Non sussiste il reato di falso ideologico quando il medico certifica in buona fede una *"sindrome non obiettivabile"* sulla base dell'anamnesi fornita con inganno dal paziente al fine del rilascio del certificato di

malattia, secondo la sentenza della seconda Sezione Cassazione n. 5923 del 20 giugno 1994 (*Riv It Med Leg* 1995, 255). In questo caso risponderà eventualmente il paziente per le false dichiarazioni.

Il reato di falso ideologico (artt 480-481 CP) si configura quando il giudizio diagnostico espresso nel certificato medico si fonda su fatti esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio stesso che siano non corrispondenti al vero e che ciò sia conosciuto da colui che ne fa attestazione, secondo la sentenza n. 11482 del 24.5.1977 della Cassazione Penale sezione VI e n. 149762/1992 della Cass. Pen. sez. V.

Per la distinzione tra diagnosi falsa e diagnosi sbagliata nel certificato, la Corte di Cassazione Sezione Penale

V con sentenza del 18 marzo 1999 ha affermato: *"è falsa la certificazione che si basa su premesse oggettive non corrispondenti al vero (fare diagnosi lasciando intendere intenzionalmente di averla accertata mediante visita), mentre invece è errata (quindi senza dolo) se nella certificazione risulta inattendibile l'interpretazione data per motivare il giudizio clinico basato su presupposti reali cioè una visita realmente effettuata"*. La legge penale richiede infatti che sia dimostrata l'intenzionalità della condotta illecita per accertare il reato, non essendo prevista dalla legge la figura del falso documentale colposo, come ha precisato la sentenza della Cassazione Penale Sezione V del 31 gennaio 1992 in merito alla sussistenza del dolo.

# Donne e compliance terapeutica

*Per 1 donna su 5 la spesa per farmaci, anche se limitata al solo ticket, può rappresentare un serio ostacolo all'aderenza alle terapie. Sono ancora poche però quelle che utilizzano i generici, che consentirebbero un risparmio dei costi sia diretti sia indiretti, soprattutto in presenza di malattie cardiovascolari, diabete, depressione e osteoporosi*

**Patrizia Lattuada**



La crisi economica e finanziaria che colpisce migliaia di famiglie italiane porta con sé conseguenze negative anche in termini di salute, soprattutto per le donne, in prima linea nel difficile compito di far quadrare il bilancio familiare attraverso il risparmio. E se le donne sono colpite da patologie croniche, non solo il costo dei farmaci, ma anche quello dei ticket per i pluritrattamenti, possono costituire un ostacolo alla prosecuzione delle cure, tanto da indurre la donna a decidere, anche senza consiglio medico, di ridurre o interrompere la terapie, con serie ripercussioni sul suo stato di salute. In questo scenario una soluzione è rappresentata dall'utilizzo del farmaco generico, che garantirebbe un significativo risparmio a parità di qualità, efficacia e sicurezza. Tuttavia nel nostro Paese è ancora scarso il livello di informazione e di conoscenza sul farmaco generico. Recentemente l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (ONDa) ha svolto, in collaborazione con DOC Generici, l'indagine nazionale quantitativa "Donne e compliance. L'influenza dei costi associati alla terapia sul suo proseguimento". La ricerca è stata condotta intervistando nelle farmacie 1.019 donne, età media 59 anni, in terapia per almeno una patologia fra depressione (25%), osteoporosi (22%), diabete (24%), ipertensione (48%), malattie cardiache (20%).

## ► Risultati

### *Impatto dei costi*

Per il 20% delle intervistate i costi delle terapie croniche a cui si deve

sottoporre rappresentano un limite importante alla compliance. Per di più, il 25% di coloro che modificano la terapia a causa dei costi prende la decisione in completa autonomia, senza considerare il rischio che comporta questa scelta.

### *Informazione*

Il 44% delle donne intervistate si dichiara per nulla o poco informato sui generici e solo la metà li ha utilizzati, seppure quasi tutte ne abbiano sentito parlare. Altro limite dichiarato spontaneamente dalle intervistate che non scelgono il generico risiede nell'abitudine: *in primis* da parte del medico che si dimostra "conservatore" nelle prescrizioni e in secondo luogo da parte della paziente stessa che può essere reticente al cambiamento del farmaco.

Dai dati della ricerca si può affermare infatti che, seppure i generici siano percepiti come parimenti efficaci al farmaco di marca e l'esperienza sia soddisfacente, emotivamente il generico può non riuscire a trasmettere lo stesso senso di cura che garantisce il farmaco branded. Tuttavia il 70% delle donne che oggi non usa il farmaco generico si mostra aperta al cambiamento.

Le donne che si dichiarano aperte al cambiamento, non manifestano chiusura (sono meno di 3 donne su 10 a dichiarare di non voler assolutamente passare al generico), ammesso che sia il medico a consigliarlo (58%), mentre oggi il principale canale di conoscenza e informazione sul farmaco generico rimane il farmacista (71% dei casi).

### Accesso al generico

I dati della ricerca mostrano che ci si trova di fronte ad un bisogno che non incontra l'offerta che lo soddisferebbe. Questa situazione è esasperata per le donne affette da depressione o osteoporosi, in quanto in modo particolare per loro anche i costi assumono un ruolo problematico nella prosecuzione della terapia (per 1 donna su 3 sono un limite importante). Queste donne - rispettivamente nel 48% dei casi e nel 39% dei casi - pagano interamente i farmaci, arrivando a spendere tra i 25 e i 35 euro al mese.

### Ruolo del medico

Il medico si delinea come la figura con un ruolo chiave nella promozione innanzitutto dell'utilizzo, ma anche di un vissuto di fiducia verso i generici, fondamentale per garantire la "sicurezza emotiva" che ancora non si è sedimentata e di cui le donne hanno un forte bisogno.

## Opinione dei clinici

“I dati europei ci dicono che circa il 31% delle patologie che si presentano nel corso della vita della donna sono di carattere psichico, tra queste la depressione ha un ruolo centrale” - dichiara il Prof. **Claudio Mencacci**, Direttore Dipartimento di Neuroscienze dell'AO Fatebenefratelli di Milano. “Dalla ricerca si rileva che il problema dell'adesione alle cure presenta una maggiore predominanza per alcune patologie, tra cui la depressione. Le ragioni della mancata continuità nei trattamenti vanno ricercate nel fatto che la malattia si accompagna a un pensiero negativo verso la propria persona, che induce a non vedere possibili soluzioni alla propria condizione. La donna sente

di non avere valore e di conseguenza spesso sceglie di non spendere per la propria salute.

I temi dell'avvicinamento alle cure e del superamento delle barriere che frappongono la paziente alla terapia sono fondamentali e in questo caso l'utilizzo di farmaci a costi più ridotti diventa un fattore estremamente positivo. Si tratta di informare le pazienti della possibilità di accedere ai generici con sicurezza e il medico, sia esso Mmg o specialista, deve supportare tale scelta con una continuità della somministrazione e far sì che le pazienti possano continuare con quel determinato generico per tutto il tempo necessario per la cura”.

“I dati della ricerca - commenta il Dott. **Roberto Trevisan**, Direttore UO di Diabetologia, Ospedali Riuniti di Bergamo - confermano quanto si riscontra nella pratica quotidiana: la poca consapevolezza delle donne affette da diabete riguardo la serietà della malattia che le porta a trascurare le indicazioni di una terapia costante e continuativa (circa il 50% dei pazienti con diabete non assume regolarmente i farmaci) unitamente alla poca fiducia all'uso dei generici. Una tendenza che potrebbe essere invertita se da parte del medico esistesse una maggior attenzione nella comunicazione, fornendo informazioni adeguate sulle necessità terapeutiche, sull'importanza nella continuità delle cure e sull'esistenza di farmaci generici, ugualmente efficaci, che potrebbero ridurre notevolmente i costi che possono rappresentare un reale limite”.

“Uno degli ostacoli maggiori nella prosecuzione delle terapie fra le pazienti affette da osteoporosi - spiega il Dott. **Carlomaurizio Montecucco**, Direttore UO di Reumatologia, IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia - è rappresentato dall'asintomaticità

della malattia che non consente alla donna di avere una reale percezione della serietà del problema né della necessità di una terapia. Si ingenera una discrepanza fra le attese della paziente e l'efficacia della terapia, condotta a scopo preventivo, a causa di una scorretta o inefficace comunicazione da parte del medico. Una spiegazione più accurata sulle implicazioni e le manifestazioni della malattia osteoporotica e una rassicurazione sulla necessità e possibilità terapeutiche, anche con i generici, aumenterebbe il senso di fiducia nelle cure con una ricaduta migliore sul controllo della malattia”.

“Nel caso delle malattie cardiovascolari, la necessità di un politratamento - dichiara il Dott. **Alberto Margonato**, Direttore UO di Cardiologia Clinica, Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano - può indurre la donna a decidere di ridurre o sospendere il trattamento per il timore del sommarsi di più effetti collaterali e/o per l'inevitabile aumento delle spese di ticket. Occorre una maggiore e migliore azione di sensibilizzazione, che da un lato contribuisce ad abbattere la barriera di scetticismo che ancora ruota attorno ai generici e dall'altro permette di essere informati sulla grande disponibilità dei generici, che garantendo la medesima efficacia di un farmaco di marca, hanno una ricaduta positiva in termini di costi diretti e indiretti”.

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

## ■ DERMATOLOGIA

### Sinergia di molecole contro la psoriasi lieve-moderata

**I**ndipendentemente dal grado di severità delle sue manifestazioni, la psoriasi può essere considerata a tutti gli effetti una malattia invalidante, dal momento che le lesioni cutanee tipiche, oltre al dolore e al prurito, provocano disagio, frustrazione e vergogna, da cui deriva perdita di autostima e un senso di stigmatizzazione.

A tutto ciò si aggiunge anche la frustrazione derivante dalle terapie tradizionali che, in cambio di una risoluzione di breve durata, impongono trattamenti laboriosi, che spesso vincolano il paziente a estenuanti medicazioni e influiscono negativamente sulla capacità di adesione alla cura: ciò contribuisce a instaurare un circolo vizioso, che si traduce in una qualità di vita estremamente depauperata.

Punto di svolta nella possibilità di una vita normale per i pazienti con psoriasi lieve-moderata sono i trattamenti topici come calcipotriolo, che, associato o meno a betametasona, si è dimostrato più efficace, rapido e meglio tollerato rispetto alle terapie convenzionali. Il calcipotriolo, derivato sintetico della vitamina D, interviene nella regolazione dei processi immunologici e rigenerativi dell'epidermide: si

lega a recettori cellulari e inibisce la proliferazione delle cellule, favorendone la naturale maturazione. Il betametasona è un corticosteroide di forte potenza che inibisce la produzione di citochine infiammatorie, riducendo quindi l'infiammazione.

“Il calcipotriolo si è rivelato in grado di mantenere i risultati a lungo termine, nell'arco di un anno, e con un buon profilo di sicurezza; – afferma il professor **Sergio Chimenti**, del Policlinico Tor Vergata di Roma – in combinazione con betametasona, nell'arco di quattro settimane permette di ottenere una riduzione di circa il 75% dell'estensione delle lesioni cutanee e nella formulazione in gel, di facile somministrazione e da usare una sola volta al giorno, favorisce il paziente nel raggiungimento di una maggiore efficacia terapeutica”.

Gli altri trattamenti topici comunemente utilizzati offrono invece ai pazienti solo un controllo a breve termine del problema e possono implicare la necessità di cospargersi il corpo, per tutta la notte o più volte al giorno, con prodotti dall'odore sgradevole, come il catrame, o che macchiano la pelle e i vestiti.

La mancanza di efficacia a lungo

termine dei trattamenti tradizionali, unita alla loro scarsa maneggevolezza, scoraggia i pazienti e ostacola la loro adesione alla terapia: si stima che una quota compresa tra il 39 e il 73% dei pazienti con psoriasi lieve-moderata non utilizzi le medicazioni prescritte per via del tempo necessario per applicarle e per la natura sgradevole dei prodotti.

“Non va infine dimenticato il problema delle comorbilità legate alla psoriasi; – sottolinea il professore **Gianfranco Altomare**, dell'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano – quelle più frequenti sono la psoriasi artropatica, che colpisce il 30% dei pazienti, e la sindrome metabolica, caratterizzata da valori elevati di colesterolo e trigliceridi, da cui derivano patologie d'interesse cardiovascolare. Inoltre, a volte, i pazienti possono sviluppare il diabete, forme depressive e patologie da abuso di alcol e tabacco. Un ampio studio del *National Psoriasis Foundation* condotto nel 2009 su 5.000 pazienti ha mostrato che circa i due terzi presentava almeno una comorbilità e che il 70% era sovrappeso o obeso”.

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



 Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

## ■ IPERTENSIONE

### La prima triplice associazione per la terapia antipertensiva

**I**l controllo della pressione arteriosa rappresenta un elemento fondamentale per ogni strategia di prevenzione cardiovascolare, ma tale obiettivo viene raggiunto solo in circa un terzo dei pazienti sottoposti a terapia antipertensiva. Un fattore chiave che può contribuire ad aumentare la probabilità di successo della terapia è rappresentato dalla semplificazione del regime farmacologico, tanto che le linee guida europee ESH-ESC per la gestione dell'ipertensione arteriosa raccomandano l'uso di associazioni fisse di due o più farmaci in grado di agire su diversi bersagli coinvolti nella patogenesi dell'ipertensione, ma anche allo scopo di ridurre il numero di compresse da assumere e quindi di favorire la compliance.

#### ► Nuovi trial clinici

Nel panorama terapeutico antipertensivo è di prossima introduzione la prima associazione preconstituita di tre principi attivi, olmesartan, amlodipina e idroclorotiazide (O/A/H), e questa combinazione tra un sartano, un calcioantagonista e un diuretico è stata studiata in tre nuovi trial clinici presentati all'ul-

timo meeting internazionale della European Society of Hypertension (Londra 2012).

Il primo dei tre studi clinici, durato 10 settimane, ha mostrato come un numero significativamente maggiore di pazienti con ipertensione da moderata a severa, trattati con l'associazione triplice preconstituita O/A/H, abbia raggiunto livelli normali o limite di pressione arteriosa (120/80-<140/90 mmHg), rispetto ai pazienti trattati con associazione duplice olmesartan/amlodipina (O/A). Entrambi i regimi terapeutici sono stati ben tollerati, non evidenziando nessuna criticità in termini di sicurezza.

Un secondo studio di 32 settimane ha evidenziato come i pazienti con ipertensione da moderata a severa che non avevano raggiunto i livelli di pressione arteriosa ottimale con un dosaggio O/A/H di 40/10/12.5 mg, hanno ottenuto un netto miglioramento dei valori pressori al controllo ambulatoriale nelle 24 ore, aumentando il dosaggio O/A/H a 40/10/25 mg.

Entrambi i dosaggi sono stati ben tollerati. I risultati di questo studio evidenziano la flessibilità delle combinazioni O/A/H nei pazienti che non rispondano al trattamento

praticato, consentendo una personalizzazione dei dosaggi delle associazioni fisse.

Il terzo studio, presentato dal Prof. Massimo Volpe (Presidente della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa), ha analizzato i cambiamenti della pressione sistolica in pazienti con ipertensione da moderata a severa, in seguito ad un trattamento con associazione triplice O/A/H per 54 settimane.

L'analisi ha mostrato che il trattamento O/A/H in aperto a lungo termine è efficace e riduce la pressione sistolica di quasi tutti i pazienti al di sotto del valore di 140 mmHg.

Questi ultimi dati clinici vanno ad ampliare i risultati dello studio TRINITY (*Clin Ther* 2010; 32: 1252-69), secondo cui la riduzione della pressione arteriosa e la percentuale di pazienti con ipertensione da moderata a severa che raggiungono il target pressorio attualmente raccomandato è più elevata con il trattamento in associazione triplice O/A/H, rispetto alla combinazione doppia dei singoli principi attivi, indipendentemente da genere, età, razza e severità dell'ipertensione.

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



 Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

## ■ NEFROLOGIA

### Diabete e insufficienza renale: come è cambiato il trattamento

La fragilità del paziente nefropatico è un fattore in grado di complicare la terapia nel diabete. In realtà, sarebbe più opportuno parlare al passato, dal momento è recentissima la disponibilità di adeguati dosaggi di sitagliptin, che può pertanto essere impiegato in sicurezza anche in pazienti con danno renale moderato e severo e con malattia renale allo stadio terminale.

#### ► Gli inibitori della DPP-4

Sitagliptin, capostipite della classe degli inibitori DPP-4 (di-peptidil-peptidasi 4), diventa un'arma terapeutica a 360 gradi visto che è l'unico inibitore della DPP-4, in Italia, indicato e rimborsato sia in associazione come terapia aggiuntiva all'insulina (unica alternativa terapeutica disponibile per i pazienti con insufficienza renale moderata o severa) che in monoterapia quando la metformina non è appropriata o tollerata (questo si verifica in buona parte dei pazienti con insufficienza renale). La molecola agisce prolungando la vita biologica delle incretine naturalmente presenti nell'organismo, che sono quindi in grado di promuovere un'aumentata secrezione di insulina.

Efficacia nel controllo glicemico mantenuta nel tempo, basso rischio di ipoglicemie e mantenimento del peso corporeo sono le chiavi di volta per una corretta gestione del diabete. Efficacia, profilo di sicurezza e tollerabilità sono caratteristiche peculiari di sitagliptin. Molti studi hanno dimostrato come esista una diretta correlazione tra controllo glicemico e riduzione delle complicanze croniche del diabete soprattutto se questo miglior controllo glicemico avviene sin dalle prime fasi della malattia. Il diabete è la principale causa di insufficienza renale terminale (ESRD, end-stage renal disease): un obiettivo importante, dunque, nel paziente diabetico è quello di prevenire la nefropatia, e quindi occorre tenere sotto controllo efficacemente la glicemia e l'obesità. "Cosa che la terapia basata sulle incretine, sitagliptin per primo, – spiega **Agostino Consoli**, professore Ordinario di Endocrinologia all'Università di Chieti e Pescara – ha dato ampia dimostrazione di poter fare. Se poi un paziente è già nefropatico, allora tutto questo assume un'importanza ancora maggiore. Adesso possiamo utilizzare sitagliptin, con un adeguato dosaggio (25 mg/die) anche in quei pazienti già

con ESRD che sono in emodialisi o in dialisi peritoneale. Non dobbiamo dimenticare che spesso questi pazienti non possono utilizzare terapie ipoglicemizzanti orali e il più delle volte hanno come unica alternativa terapeutica l'insulina".

Obiettivo di una terapia è quello di essere tempestiva, efficace, sicura, personalizzata. Deve garantire il raggiungimento di precisi target relativamente ai valori di emoglobina glicata, che devono essere raggiunti e mantenuti nel tempo con il minor rischio possibile di effetti collaterali. L'ipoglicemia in particolare è un problema serio, e una frequente causa di ricovero.

Sitagliptin, dimostra di possedere numerosi vantaggi, dal mantenimento della risposta al trattamento che non tende a diminuire nel tempo, a un minor rischio di ipoglicemia, a un effetto "neutro" sul peso corporeo, con una tendenza, in alcuni soggetti, al dimagrimento ed infine la comprovata bassa incidenza di eventi avversi gastrointestinali. Tutto questo aumenta in maniera importante la compliance, fondamentale per una terapia che deve essere assunta per tutta la vita.

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

## ■ NEUROLOGIA

### Anticorpo monoclonale contro la sclerosi multipla

**N**ella sclerosi multipla (SM) recidivante-remittente, la forma più diffusa di questa malattia, i segni e i sintomi della patologia tendono a comparire e scomparire, soprattutto nei primi anni, e questo spiega l'importanza di un trattamento precoce che consenta di ritardare la comparsa di nuove manifestazioni cliniche della patologia.

Le linee generali di trattamento prevedono un approccio per i sintomi acuti, basato sull'uso di derivati del cortisone, per abbreviare la durata dei sintomi, e uno per il controllo della patologia nel tempo, che vede in campo farmaci immunomodulatori, definiti anche *Disease Modifying Agents* perché in grado di agire sulla patogenesi della sclerosi multipla.

Nel panorama delle opportunità terapeutiche, si sta oggi affacciando un nuovo farmaco, ormai giunto al termine della fase di sperimentazione pre-registrativa: si tratta di alemtuzumab, un anticorpo monoclonale che, interagendo selettivamente con la proteina CD52, abbondante nelle cellule T e B, determina la deplezione di queste popolazioni cellulari (che si ritiene siano la causa dei processi infiammatori che si osser-

vano nella SM) con un impatto minimo sulle altre cellule immunitarie. In occasione del 64° convegno annuale dell'American Academy of Neurology's (AAN) sono stati presentati i principali dati dello studio CARE-MS II, trial clinico di fase III internazionale randomizzato di comparazione del trattamento con alemtuzumab rispetto al trattamento con interferone beta 1-a, condotto in 840 pazienti che avevano sperimentato ricedute mentre erano sottoposti a precedenti terapie.

I nuovi dati indicano che il punteggio medio di EDSS (Expanded Disability Status Scale) in pazienti trattati con alemtuzumab si riduce nel periodo di 2 anni, indicando un miglioramento della loro disabilità fisica, mentre il punteggio medio nei pazienti trattati con interferone beta 1-a aumenta, indicando un peggioramento della disabilità fisica (-0.17 versus 0.24;  $p < 0.001$ ). Al secondo anno, il 29% dei pazienti trattati con alemtuzumab ha evidenziato una riduzione della disabilità mantenuta nell'intervallo di tempo di 6 mesi, rispetto al solo 13% dei pazienti in terapia con interferone beta 1-a ( $p = 0.0002$ ). Infine, nei due anni di studio si è registrato, nei pazienti trattati con alemtuzumab in con-

fronto a quelli trattati con interferone beta 1-a, una riduzione del 42% del rischio di accumulo della disabilità a 6 mesi ( $p = 0.0084$ ) valutata col punteggio EDSS.

I dati dello studio sulle ricedute presentati all'AAN evidenziano come il 65% dei pazienti trattati con alemtuzumab è rimasto libero da ricedive per 2 anni rispetto al 47% dei pazienti trattati con interferone beta 1-a (49.4% di riduzione del rischio,  $p < 0.0001$ ). Inoltre, nel corso dello studio è stata osservata una riduzione del 49% della frequenza di ricedive nei pazienti trattati con alemtuzumab rispetto ai pazienti trattati con interferone beta 1-a ( $p < 0.0001$ ), un dato statisticamente molto significativo.

I nuovi dati aggiuntivi del trial suggeriscono che alemtuzumab fornisce rispetto a interferone beta-1a un significativo miglioramento anche degli endpoint di imaging. È stato infatti osservato un miglioramento statisticamente significativo per alemtuzumab nella percentuale di pazienti con lesioni nuove o in ampliamento T2-iperintense (46 vs 68,  $p < 0.0001$ ) e con lesioni captanti gadolinio (19 vs 34,  $p < 0.0001$ ).

Sulla base di questi incoraggianti risultati, alemtuzumab rappresenta quindi la prima terapia in grado di modificare la storia naturale della malattia che ha dimostrato un effetto significativamente superiore a quello dell'interferone beta 1-a. Se approvato, alemtuzumab potrà diventare un nuovo importante trattamento per i pazienti affetti da SM recidivante attiva.

## ■ OCULISTICA

### Un farmaco per combattere il deficit visivo nelle maculopatie

**N**egli ultimi anni si è registrato un notevole incremento delle malattie degenerative della retina. Si tratta di patologie strettamente legate all'invecchiamento e quindi in forte aumento, anche in considerazione dell'aumento dell'età media della popolazione, come nel caso della degenerazione maculare legata all'età (DMLE) e di patologie come la retinopatia diabetica, legate invece al diabete, malattia in forte crescita globale. La DMLE e la retinopatia diabetica possono definirsi entrambe malattie ad elevato impatto sociale ed individuale e sono tra le principali cause di ipovisione e cecità legale nei Paesi industrializzati. La degenerazione maculare quindi sta rapidamente crescendo ed è divenuta la prima causa di cecità nei Paesi ad alto reddito e la terza globalmente.

Priva di rimedi convalidati nelle sue prime manifestazioni la DMLE nelle sue evoluzioni viene affrontata con fotocoagulazione laser e con la terapia fotodinamica: entrambe e metodiche hanno però percentuali di efficacia spesso contenute. La terapia laser rappresenta anche l'approccio di riferimento dell'edema maculare diabetico.

A queste si affianca oggi l'impiego dei farmaci antiangiogenici, che agiscono bloccando il fattore di crescita vascolare endoteliale (VEGF-A) che svolge un ruolo essenziale nell'angiogenesi. Tra questi ranibizumab, un frammento di un anticorpo umanizzato ideato per bloccare tutte le forme biologicamente attive del VEGF-A, ideato e sviluppato specificatamente per l'utilizzo in patologie oculari.

Il profilo di efficacia e sicurezza locale e sistemica di ranibizumab è ben caratterizzato dai molti studi clinici, che hanno complessivamente coinvolto oltre 10.000 pazienti nelle varie indicazioni, ed è anche confermato da oltre un milione di pazienti-anno di trattamento. Ranibizumab è stato recentemente approvato dall'EMA anche per il trattamento della diminuzione visiva causata dalla DME, l'edema maculare diabetico. Lo studio clinico RESTORE ne ha dimostrato la superiorità rispetto alla terapia-laser, l'attuale terapia di riferimento: i pazienti trattati solo con ranibizumab hanno guadagnato a 12 mesi rispetto al basale in media 6.8 lettere, mentre i pazienti trattati con ranibizumab in associazione al laser hanno guadagnato rispetto al basale 6.4 lettere e quelli del gruppo

#### Manifestazioni della degenerazione maculare legata all'età



*Immagine sfuocata*



*Immagine distorta*



*Immagine con macchia*

trattato con il laser solo 0.9 lettere in media. Nell'estensione a tre anni dello studio RESTORE si è osservato che i pazienti trattati con ranibizumab hanno mantenuto l'acuità visiva guadagnata nel primo anno: una media di 2.7 iniezioni nel secondo anno e 3.7 iniezioni nel terzo anno.

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



 Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code



## ■ OSTEOPOROSI

### Seconda edizione della campagna "Stop alle fratture"

■ **Angela Walmar**

Le fratture da fragilità ossea si possono prevenire. È questo uno dei messaggi contenuti nella campagna "Stop alle fratture", oggi alla sua seconda edizione. La campagna rappresenta il primo progetto educativo rivolto alla popolazione femminile over 50, con l'obiettivo di sensibilizzare e informare sull'osteoporosi severa e sulle conseguenze a cui può portare la fragilità ossea se non diagnosticata correttamente. La campagna è firmata dalla 5 principali società scientifiche nell'ambito delle malattie metaboliche dell'osso: SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro), SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia), SIR (Società Italiana di Reumatologia), ORTOMED (Società Italiana di Ortopedia e Medicina) e GISOOS (Gruppo Italiano di Studio in Ortopedia dell'Osteoporosi Severa). Le fratture hanno importanti conseguenze cliniche, dalla necessità di interventi chirurgici, al rischio elevato di invalidità con perdita parziale o totale dell'autonomia nella quotidianità, all'aumento del rischio di mortalità. "Va sottolineato come con il progres-

sivo invecchiamento della popolazione, aumentino inevitabilmente tutte le patologie croniche età correlate – precisa il professor **Umberto Tarantino**, Presidente GISOS. Per questo riteniamo quanto mai necessari interventi di natura preventiva che possano informare correttamente le popolazioni a rischio sulle conseguenze legate alla fragilità ossea. Trascurare la cura della patologia scheletrica che è alla base delle fratture da fragilità significa perdere un'importante opportunità per prevenire il rischio di ulteriori fratture. È perciò fondamentale definire un accurato e appropriato approccio diagnostico-terapeutico per i soggetti con frattura da fragilità, in cui vi sia condivisione sulle indagini diagnostiche da effettuare e su quali terapie farmacologiche utilizzare". Anche quest'anno il principale strumento della Campagna è il sito [www.stopallefratture.it](http://www.stopallefratture.it). Direttamente dall'home page del sito si può accedere ad un tool facile e innovativo per permettere a tutte le donne dai 50 anni in su di scoprire qual è il proprio potenziale di rischio.

Si tratta del Defra Test online, test di autodiagnosi creato e validato da SIR e SIOMMMS. "Lo strumento – spiega il professor **Luigi Sinigaglia**, Presidente SIOMMMS – si basa su un algoritmo che consente di documentare in maniera oggettiva la gravità e il potenziale impatto dell'osteoporosi nella singola utente,

stimando il rischio che ha, a 10 anni, di fratturarsi il femore o di incorrere in qualsiasi frattura clinica".

Vera novità di questa edizione della campagna è la possibilità offerta a tutte le pazienti che a seguito del Defra test online risulteranno con rischio elevato di frattura da fragilità ossea, di avere un consulto personalizzato via e-mail con uno degli specialisti certificati "Stop alle fratture". Una selezione

di 100 medici su tutto il territorio nazionale, espressione delle 5 Società Scientifiche firmatarie del progetto, a disposizione anche per orientare il target più a rischio nella scelta di effettuare una visita presso uno dei Centri nazionali autorizzati per il trattamento dell'osteoporosi severa su tutto il territorio nazionale.



[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

# Indagine conoscitiva sui disturbi della menopausa

*La menopausa, pur rappresentando un evento fisiologico, è caratterizzata da un corredo sintomatologico che, a volte, pesa notevolmente sulla qualità della vita della donna*

## Leonida Iannantuoni

Medico di medicina generale, Foggia  
Docente Corso di Formazione Specifica AIMEF, Wonca Member

## Luca Mazzeo

Medico in formazione, Foggia

Obiettivo del presente studio è stato valutare l'incidenza dei disturbi soggettivi tipici della menopausa (vampate, irritabilità, disturbi del sonno e aumento di peso), vissuti dalle pazienti come sintomi invalidanti di una vera e propria patologia.

Nell'indagine è stato somministrato un questionario ad un campione di 142 donne, invitate ad indicare in una scala da 0 a 10 (scala VAS) l'entità soggettiva del disturbo percepito.

Il campione, compreso in una fascia di età fra i 34 e i 90 anni, era costituito da donne afferenti, in due

giorni, nell'ambulatorio del Mmg per essere sottoposto alla profilassi vaccinale antinfluenzale stagionale 2011/2012.

Per l'analisi dei dati si è suddiviso il campione delle intervistate in due sottogruppi principali: pazienti in menopausa fisiologica (n=19) e pazienti in menopausa iatrogena (n=23).

Tra le pazienti in menopausa fisiologica, sulla base dell'età di manifestazione della menopausa sono stati individuati quattro ulteriori sottogruppi: a) donne con menopausa precoce (<40 aa; n=4), b) donne con menopausa prematura (40-45 aa; n=10), c) donne con menopausa spontanea (45-53 aa; n=85), d) donne con menopausa tardiva (>53 aa; n=20).

Nelle pazienti in menopausa precoce, tutto il corteo sintomatologico sembrerebbe avere una minore incidenza, per gravità e durata, rispetto agli altri sottogruppi e in particolar modo risultano irrilevanti l'aumento di peso e l'irritabilità. Le donne in menopausa prematura lamentano una, anche se pur minima, maggiore importanza delle vampate e dei disturbi del sonno rispetto al gruppo precedente nonché, nel 40% dei casi, un importante incremento ponderale (tabelle 1, 3, 6).

La menopausa spontanea è gravata in maniera importante dal sintomo "vampate" che, in un complessivo 51.8% delle donne intervistate, ha una valenza severa e grave. Riman-

### Tabella 1

#### Vampate: entità dei disturbi soggettivi

VAS	Menopausa precoce n = (%)	Menopausa prematura n = (%)	Menopausa spontanea n = (%)	Menopausa tardiva n = (%)	Menopausa iatrogena n = (%)
0-3	2 (50%)	7 (70%)	41 (48.2%)	8 (40%)	8 (34.8%)
4-6	1 (25%)	2 (20%)	19 (22.4%)	8 (40%)	2 (8.7%)
>7	1 (25%)	1 (10%)	25 (29.4%)	4 (20%)	13 (56.5%)

### Tabella 2

#### Irritabilità: entità dei disturbi soggettivi

VAS	Menopausa precoce n = (%)	Menopausa prematura n = (%)	Menopausa spontanea n = (%)	Menopausa tardiva n = (%)	Menopausa iatrogena n = (%)
0-3	4 (100%)	10 (100%)	70 (82.3%)	15 (75%)	13 (56.5%)
4-6	0	0	9 (10.6%)	3 (15%)	4 (17.4%)
>7	0	0	6 (7.1%)	2 (10%)	6 (26.1%)

gono, nel complesso, lievi l'irritabilità e i disturbi del sonno (tabelle 1-5).

Da segnalare, inoltre, un importante incremento ponderale nel 26% dei casi (tabella 6).

La menopausa tardiva risulta, anch'essa, gravata da disturbi vasomotori; infatti, ben il 60% delle intervistate riferisce di soffrire o di avere sofferto di tali disturbi in maniera severa o grave. Un ulteriore 25% delle donne riferisce importanti variazioni dell'umore e il 50% lamenta un incremento ponderale rilevante (tabelle 1, 2, 4-6).

Le donne in menopausa iatrogena lamentano, tra tutte, la più grave incidenza di vampate: ben il 65.2% attribuisce a tale disturbo dignità di severo e/o grave (tabella 1).

Lo studio, anche se condotto su un campione non vastissimo, ha confermato la predominanza dei disturbi vasomotori su tutti gli altri sintomi soggettivi della menopausa. Altresì ha evidenziato come tali disturbi sono più importanti nella menopausa tardiva e nella menopausa iatrogena rispetto alle forme prematura, precoce, spontanea.

Compito del medico è mettere in campo, per quanto possibile, tutti i presidi disponibili atti ad alleviare tale corredo sintomatologico e restituire alle proprie pazienti una buona qualità di vita.

Lo studio del Mmg rappresenta per la quasi totalità dei pazienti, indipendentemente dall'età e dal sesso, il primo approdo per ogni disturbo della "sfera salute". Non è fuori luogo, quindi, che egli debba avere conoscenze/competenze non "generiche" o "di base", ma pressoché "generali" dello scibile medico, acquisibili attraverso una "curiosità" a 360 gradi della materia medica ed un costante aggiornamento multidisciplinare.

**Tabella 3**

**Disturbi del sonno: entità dei disturbi soggettivi**

VAS	Menopausa precoce n = (%)	Menopausa prematura n = (%)	Menopausa spontanea n = (%)	Menopausa tardiva n = (%)	Menopausa iatrogena n = (%)
0-3	3 (75%)	8 (80%)	68 (80%)	17 (85%)	12 (52.2%)
4-6	1 (25%)	2 (20%)	11 (12.9%)	2 (10%)	4 (17.4%)
>7	0	0	6 (7.1%)	1 (5%)	7 (30.4%)

**Tabella 4**

**Vampate: durata dei disturbi soggettivi**

Anni	Menopausa precoce n = (%)	Menopausa prematura n = (%)	Menopausa spontanea n = (%)	Menopausa tardiva n = (%)	Menopausa iatrogena n = (%)
0-5	3 (75%)	10 (100%)	68 (80%)	15 (75%)	15 (65.2%)
>5	1 (25%)	0	17 (20%)	5 (25%)	8 (34.8%)

**Tabella 5**

**Disturbi del sonno: durata dei disturbi in anni**

Anni	Menopausa precoce n = (%)	Menopausa prematura n = (%)	Menopausa spontanea n = (%)	Menopausa tardiva n = (%)	Menopausa iatrogena n = (%)
0-5	3 (100%)	8 (80%)	79 (92.9%)	19 (95%)	17 (73.9%)
>5	1 (25%)	2 (20%)	6 (7.1%)	1 (5%)	6 (26.1%)

**Tabella 6**

**Incremento ponderale**

Kg	Menopausa precoce n = (%)	Menopausa prematura n = (%)	Menopausa spontanea n = (%)	Menopausa tardiva n = (%)	Menopausa iatrogena n = (%)
<3	4 (100%)	6 (60%)	51 (59.8%)	8 (40%)	9 (39.15%)
3-5	0	0	12 (14.2%)	2 (10%)	7 (30.4%)
5-7	0	2 (60%)	9 (10.6%)	5 (25%)	1 (4.45%)
7-10	0	1 (10%)	4 (4.8%)	3 (15%)	3 (13%)
>10	0	1 (10%)	9 (10.6%)	2 (10%)	3 (13%)

# Psiche, pelle, psoriasi e... neoplasia

**Anna Farina**

Medico di medicina generale, Treviso

**S**crivo questo racconto ben conscia di due grossi tabù dei Mmg: il paziente psichiatrico non è una persona, ma una psiche quindi non di pertinenza Mmg. C'è assenza di dialogo tra specialista e Mmg, anche perché, ed è grave, non riceviamo le diagnosi di dimissione.

Spesso, noi Mmg, ci sentiamo dei semplici scrivani di ricette che non devono capire né tanto meno obiettare o avere dubbi, ma solo saper scrivere 044 e non porsi domande. Sembra strano ma, per assurdo, ci si stupisce quando un paziente con problemi psichici, sta male; sembra quasi che, se una persona ha problemi psicologici, diventi immune a tutto il resto.

Ecco perché ho voluto scrivere questa storia sul paziente D.P. e le sue tre P. Il nostro D.P. ha 49 anni, laureato tardivamente in psicologia, lavora in un parcheggio, ed è un tipo decisamente schivo. Parla poco, è spesso assente, viene e va via velocemente dal mio studio con le ricette dei suoi farmaci. Non mi convince!

Intuendo che ha un problema, lo blocco con alcune domande di rito, chiedendo referti di esami per capire la funzionalità epatica e renale, ma non ho grandi successi. Aspetto. Passa il tempo e, tra una ricetta e un'altra, mi accorgo che sta ingrassando in modo notevole; colgo l'occasione e gli propongo un prelievo di controllo che, lì per lì, accetta. Risultato: transaminasi e gamma-GT molto alti.

Ci penso e ripenso: non sono i farmaci. Ipotizzo allora una calcolosi alla cistifellea e chiedo conferma a uno specialista che mi dà ragione e D.P. viene subito operato. Ma non era di quelli immuni perché ha problemi di altro tipo. Un anno fa, in agosto, viene da me per dei problemi cutanei: mani rovinata e alopecia alla barba. Cerco di prendere tempo per valutare bene il caso: so che il lavoro non gli piace e quindi ipotizzo una reazione allo stress, prescrivo una settimana di malattia e così vedrò come evolverà il problema. Nel frattempo chiedo notizie sulla sua vita, sul tempo... insomma, voglio riuscire a capire qualcosa di più di lui. D.P. è un ossessivo ansioso e ho la conferma che l'ossessione è la madre. Torniamo al problema cutaneo, non ho miglioramenti con le solite creme e mi rivolgo ad un dermatologo che, dopo la visita, lo ricovera per accertamenti più approfonditi. Diagnosi: psoriasi e un bel linfonodo all'ascella. Trasferimento in ematologia, al linfonodo viene fatta biopsia e il risultato è positivo per linfoma non Hodgkin. Il paziente deve essere sottoposto a chemioterapia. Quando me lo comunica in modo "anaffettivo" io abbozzo un "forse questo linfoma le toglierà le ossessioni" e lui annuisce aggiungendo che forse dovrà pensare a cose più concrete.

Questo nuovo problema fa sì che io venga a conoscere la sorella e, parlando con lei, riesco a ricostruire la storia di D.P., partendo da

zero, non avendo io una anamnesi psichiatrica. Il padre, autoritario, modesta carriera impiegatizia, lo trattava come un cavallo da corsa; D.P. era molto bravo a scuola ed ancora oggi, in modo saltuario, dà lezioni di latino. Fin dall'età di cinque anni, quando c'era una "baruffa familiare", il padre lo caricava in macchina e lo portava lontano da casa dicendogli che non lo avrebbe più riportato indietro. Passata la collera papà piangeva e si scusava col bambino.

D.P. non capiva nulla di tutto ciò. La madre, attualmente di ottantadue anni, era sempre oppressiva e con grosse aspettative di cambiare i due figli e il marito. L'unica persona che era affettivamente vicina a D.P. era la nonna materna che lui amava più della madre. A diciassette anni appare alla sorella, più giovane di lui, tutto tagliuzzato al tronco e alle braccia. Lei telefona alla madre che risponde in modo brusco: "Non sai dov'è il cotone e l'alcool?".

Faccio una breve apertura di parentesi per spiegare gli atti di autolesionismo: sono atti che gridano "aiuto!", che sopiscono sensi di colpa, che sedano una forte ansia. Nei paesi anglosassoni sono molto frequenti, da noi sono equivalenti ai piercing e ai tatuaggi compulsivi.

Tornando al D.P. odierno e prima della chemio, ha due giorni di distimia, per cui viene fatto un TSO breve. Lui me lo spiega così: "Avevo l'ansia di non riuscire a trovare il MIO MEDICO" (che peraltro non ero io).



Viene dimesso dopo due giorni con neurolettici e niente più. La collega del DSM è, per fortuna, in gamba, però, purtroppo, è una donna. Tutte le sedute psicoterapeutiche con donne sono state per lui fallimentari. Creo comunque un'alleanza con la collega che rimane stupita dal legame tra psoriasi e psiche.

La psoriasi, malattia geneticamente ereditaria, si acuisce, caso a me ben noto in famiglia, sotto stress o altre malattie. Il paziente è bravissimo a sopportare nove cicli di chemioterapia e cominciamo a parlare del suo cancro: usa, quindi, una parola esplicita.

Io e la sorella vogliamo che vada al mare con il nipote e che impari com'è bello abbracciare le persone

perché a lui nessuno lo ha mai insegnato! È ancora molto rigido nei gesti e nei movimenti e mi chiede che cosa sia l'affettività. Io lo abbraccio senza accarezzarlo e gli dico di fare la stessa cosa con la sorella e il nipote. Speravamo in un lieto fine, ma questo non c'è stato. D.P. è stato ricoverato per dieci giorni nel reparto di psichiatria di Treviso. Mentre la prima diagnosi è stata DOC e il trattamento prevalentemente a base di neurolettici, ora la diagnosi è di disturbo di personalità psico-affettiva, e i farmaci prescritti sono i seguenti: Risperdal L.A. Depot, Fluvoxamina 100 mg, Seroquel 100mg, Risperdal 50 mg e Ormetazepan 1 mg.

Il disturbo psico-affettivo è citato in un articolo del 1975 (che ho trova-

to in internet) e coniuga una grave depressione con allucinazioni a un disturbo di personalità. Forse D.P. ha cavalcato la tigre anche con la sua salute "fisica"; forse i sensi di colpa sono stati acuiti dal ritorno della madre dopo un ricovero per frattura del femore... chissà? Per ora, e per i prossimi sei-nove mesi, dovremo osservarlo e considerarlo come un cinquantenne (quale sarà), sebbene a vederlo sembri ancora un ragazzo.

Cristina Comencini, nel suo film "La belva nel cuore", commenta così la vicenda dei suoi protagonisti: "Un bambino violato non sarà mai felice. L'unica cosa che potrà ottenere sarà un po' di tranquillità con sé stesso e gli altri".

# Colonscopia virtuale: lo stato dell'arte

Affermatasi come metodica non invasiva è in grado di sostituire il clisma a doppio contrasto ed è oggetto di ricerca per valutarne l'impiego nello screening del cancro coloretale

**Andrea Laghi**

*Professore Associato - Dipartimento di Scienze Radiologiche - "Sapienza", Università di Roma*

La colonscopia virtuale si è ormai affermata come una tecnica di studio non invasiva del colon, in grado di sostituire il clisma a doppio contrasto meno sensibile, più complesso nell'esecuzione e meno gradito ai pazienti. Numerosi studi hanno dimostrato che la colonscopia virtuale ha una sensibilità simile alla colonscopia tradizionale per l'identificazione del cancro colo-rettale (*Radiology* 2011; 259:393-405) ed è in grado di individuare oltre il 90% dei polipi avanzati del colon retto, che hanno un alto rischio di trasformarsi in tumori invasivi (*N Engl J Med* 2008; 359: 1207-17; *JAMA* 2009; 301: 2453-61).

## ► Indicazioni

Attualmente la metodica è indicata:

### **A scopo diagnostico**

- ▶ In tutti i pazienti che presentano disturbi intestinali che a discrezione del medico potrebbero richiedere uno studio radiologico del colon (dolori addominali, alterazioni dell'alvo, sospetta malattia diverticolare).
- ▶ In alternativa al clisma a doppio contrasto e alla colonscopia convenzionale nei pazienti nei quali le due metodiche siano risultate incomplete.
- ▶ Nei pazienti anziani e/o in condi-

zioni precarie di salute e nei pazienti con controindicazione alla colonscopia convenzionale, cioè i soggetti con problematiche cardiovascolari o in terapia con anticoagulanti, nei quali il rischio di sanguinamenti, possibili con la colonscopia tradizionale, sarebbe troppo elevato.

### **A scopo preventivo**

- ▶ In tutti i soggetti asintomatici, maschi e femmine, a rischio medio (cioè senza familiarità di primo grado per cancro o polipo adenomatoso del colon) dall'età di 50 anni.
- ▶ Nei soggetti a rischio più alto della media (cioè coloro i quali abbiano una familiarità di primo grado) e che si rifiutino o non vogliano sottoporsi a colonscopia tradizionale.

## ► Modalità di esecuzione

Per prepararsi alla colonscopia virtuale il paziente deve soltanto seguire una semplice dieta a basso residuo di scorie (senza frutta e verdura) nei tre giorni precedenti l'esame, senza assumere alcun purgante. Il giorno precedente l'esame, il paziente deve bere una piccola quantità di mezzo di contrasto a base di iodio (circa 150-160 ml), che ha lo scopo di ripulire parzialmente il colon e, allo stesso tempo, marcare le feci, al fine di differenziarle dai residui solidi.

Il giorno della colonscopia virtuale, prima di procedere alla scansione TAC, il colon è disteso mediante insufflazione di CO<sub>2</sub> - che presenta alcuni vantaggi rispetto all'aria: viene insufflata lentamente monitorando pressione e volume del colon, è meglio assorbita dalla parete intestinale limitando il residuo gassoso post esame - attraverso il retto utilizzando un sottile catetere di gomma. I dati acquisiti con la TAC sono elaborati da potenti software che consentono al radiologo di "navigare" virtualmente all'interno del lume del colon per identificare le differenti patologie. Nell'analisi delle immagini, un ulteriore vantaggio della colonscopia virtuale è rappresentato dalla possibilità di osservare gli organi extra-colici, potendo individuare precocemente altre possibili malattie (aneurismi dell'aorta addominale; tumori renali e surrenalici; linfomi, ecc) potenzialmente letali.

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

# HIV, un virus che continua a sfidare la medicina



*In 30 anni il destino di chi scopre di essere sieropositivo è davvero molto cambiato. Oggi, infatti, non si muore più di Aids perché, grazie alle terapie disponibili, il destino dell'Hiv è quello di cronicizzare purché la cura venga iniziata il prima possibile e sia appropriata. Questo mutamento di scenario comporta però che si debbano affrontare nuove sfide: i sieropositivi di oggi sono soggetti che invecchiano e che vanno incontro a molte problematiche legate all'età, quali diabete, ipertensione, malattie cardiache*

**Liria Rame**

In Italia si stima che siano 170-180mila le persone affette da HIV e circa 4000 quelle con Aids. Il quadro, di per sé allarmante, è complicato dal "fattore" virus che amplifica e anticipa i danni al sistema cardiovascolare, ai reni, al sistema nervoso: si tratta, infatti, di uno degli altri meccanismi di azione del virus che ha effetto infiammatorio e scatena una costante immunoattivazione. "Bisogna mettere in atto nuove strategie, - dice **Stefano Vella**, Direttore del Dipartimento del Farmaco all'Istituto Superiore di Sanità, e recentemente nominato al vertice delle Linee Guida mondiali HIV dell'OMS - studiare nuovi farmaci, combinare diversamente quelli a disposizione. È uno scenario nuovo quello del paziente cronico e dobbiamo saperci adattare". L'inizio tempestivo e appropriato della terapia, unito a una buona aderenza alla stessa, determinano per questi pazienti un allungamento dell'aspettativa della vita quasi paragonabile a quella di una persona non infetta. C'è però un preoccupante problema di non conoscenza, di sottovalutazione del rischio: tutti conoscono l'esistenza dell'HIV ma nessuno pensa di poter essere stato contagiato. La sottovalutazione del rischio significa ritardo nella diagnosi e nell'inizio delle terapie, con numerose implicazioni. Ma ciò che spesso si sottovaluta è che l'intero approccio alla terapia deve subire una brusca accelerazione: è un inizio ansioso della cura, il medico non ha il tempo di preparare il paziente a quello

che comporta, agli effetti collaterali, all'importanza dell'aderenza. Per non parlare del fatto che alti livelli di virus significano resistenze e, quindi, la necessità di adottare sin dalle fasi iniziali regimi terapeutici molto potenti.

## ► Il problema delle coinfezioni

Rappresenta un'altra grande sfida: circa il 30% delle persone con HIV ha contratto anche il virus dell'epatite C. Ma la percentuale sale fino al 90% se si considerano popolazioni speciali, come gli emofilici, che necessitano di frequenti trasfusioni, o i tossicodipendenti, che usano droghe iniettive. La coinfezione può avvenire grazie al fatto che i due virus hanno vie di trasmissione simili. Nelle persone sieropositivo il danno epatico progredisce più rapidamente, tanto che l'epatite C è diventata una delle principali cause di ospedalizzazione nei pazienti HIV positivi. Sebbene, quindi, le terapie antiretrovirali abbiano diminuito la mortalità da HIV/Aids, i dati dimostrano che nel mondo un decesso su sette in pazienti HIV positivi è causato dalla malattia epatica.

[www.qr-link.it/video/0712](http://www.qr-link.it/video/0712)



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

## Nuovi farmaci contro la fibrosi cistica

► È stato siglato un protocollo di Intesa tra la Fondazione Ricerca FC e GlaxoSmithKline. L'accordo è mirato ad una collaborazione tra la Charity FFC e l'azienda per individuare la possibilità di sviluppare nuovi farmaci per la cura della fibrosi cistica, derivati da molecole individuate nei progetti promossi e finanziati da FFC. La fase di sviluppo richiede consistenti mezzi tecnici e risorse finanziarie che solo l'industria farmaceutica potrà mettere a disposizione, qualora l'interesse scientifico dei progetti FFC possa coniugarsi anche con l'interesse industriale della compagnia farmaceutica. L'intesa rappresenta la posa della prima pietra di un ponte necessario per passare quanto prima dal laboratorio al letto del malato, obiettivo primario della Onlus nata a Verona come Agenzia Nazionale di Ricerca in FC, condiviso da GSK.

## Un'indagine per valutare l'incontinenza urinaria

► Lo studio "Gestione dell'Incontinenza nell'anziano: appropriatezza e sostenibilità" condotto da Fondazione italiana continenza, di concerto con l'Area Sanità e Salute di Fondazione ISTUD, ha valutato l'incontinenza urinaria sotto il profilo dell'impatto socio-economico. Sono state scelte quali aree campione quattro regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Toscana e Campania). Un ruolo chiave per ridurre l'entità del disagio è costituito

dal corretto impiego degli ausili per l'incontinenza. Ma la sanità da tempo indirizza le gare per l'acquisto dei presidi su un risparmio a breve termine; ma ciò distrae da aspetti quali la qualità del prodotto e la capacità di migliorare la qualità di vita. Altri dati indicano come la fornitura di ausili per l'incontinenza non sia vissuta dalle Aziende Sanitarie come un servizio offerto al paziente, bensì come una mera consegna del prodotto. I risultati evidenziano come il Piemonte sia l'unica regione in controtendenza rispetto a tali aspetti.

## Efficacia di tiotropio negli adolescenti con asma

► I dati di uno studio di fase II, presentati in occasione del Congresso Annuale 2012 dell'American Thoracic Society, mostrano risultati positivi per tiotropio in monosomministrazione giornaliera con l'inalatore Respi-mat® Soft Mist™ (SMI) in adolescenti con asma sintomatica persistente di grado moderato, in aggiunta alla terapia standard. Lo studio, condotto su 105 pazienti in terapia con corticosteroidi per via inalatoria (ICS) a medio dosaggio, con o senza beta-agonista a lunga durata d'azione (LABA) o antagonisti dei recettori leucotrienici (LTRA), ha dimostrato che tiotropio, a tutti i dosaggi valutati nello studio, (1,25 µg, 2,5 µg, 5 µg) ha migliorato i parametri di funzionalità respiratoria (valore massimo FEV1 (0-3h), FEV1 AUC (0-3h) e valore minimo FEV1) rispetto a placebo. Tiotropio è stato ben tollerato a tutti i dosaggi valutati nello studio.

## Imparare a convivere con un problema

► Quando compaiono gli acufeni in primo luogo è opportuno consultare uno specialista otorinolaringoiatra o audiologo, che potrà fare una diagnosi accurata. Spesso però non è possibile identificare con certezza una patologia organica all'origine degli acufeni. In questo caso come illustra diffusamente il volume "Acufeni - Manuale di sopravvivenza" è possibile seguire un'efficace terapia cognitivo-comportamentale. L'obiettivo è quello di ridurre il livello di sofferenza causato dagli acufeni e dalle sue più fastidiose conseguenze, quali il disturbo del sonno o la difficoltà di concentrazione. Con un buon percorso di terapia cognitivo-comportamentale il paziente può arrivare a una condizione di benessere soddisfacente: gli acufeni sono presenti ma non rappresentano più un problema.



■ **Acufeni Manuale di sopravvivenza**  
Di Jane L. Henry, Peter H. Wilson  
Ed. it. a cura di Dario C. Alpini e Antonio Cesarani - Springer-Verlag Italia Srl;  
160 pagg., euro 20,00